

(2)アレルギー除去食に関する診断書(主治医意見書)

アレルギー除去食に関する診断書(主治医意見書)

児童氏名 \_\_\_\_\_ さん (男・女) 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

診断名: \_\_\_\_\_

本児は診察・検査の結果、保育園・幼稚園においては、

(A) 食物の除去の必要はありません。

(B) 以下の食物については食事からの除去が必要と考えられます。

保育所(園)・幼稚園においては、生卵を食べる事はないので、生卵のみの除去の場合は(A)に印をつける。

1. 除去が必要な食品名は以下の通りです。

- ・食物名( \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ )
- ・牛乳アレルギーの場合の使用できるミルク名( \_\_\_\_\_ )  
除去食品の詳細は別紙に示します。

2. 摂取した場合に出現する可能性のある症状は以下の通りです。

食品名	症状
鶏卵 : ( _____ )	( _____ ) 未摂取のため不明
牛乳 : ( _____ )	( _____ ) 未摂取のため不明
小麦 : ( _____ )	( _____ ) 未摂取のため不明
( _____ ) : ( _____ )	( _____ ) 未摂取のため不明
( _____ ) : ( _____ )	( _____ ) 未摂取のため不明
( _____ ) : ( _____ )	( _____ ) 未摂取のため不明

即時型反応: ショック, 咳き込み, 呼吸困難, 嘔吐・腹痛, 顔面紅潮, 蕁麻疹  
搔痒感

非即時型反応: 湿疹, 搔痒感, 下痢

3. 摂取後に症状が出現した場合の対処法および緊急の対応は以下の通りです。

- 内服薬: ( \_\_\_\_\_ )アタラックス-P、( \_\_\_\_\_ )セレスタミン、その他の内服薬( \_\_\_\_\_ )
- その他: ( \_\_\_\_\_ )

本診断書(意見書)の内容については、( 3 , 6 , 12 )か月後に再評価が必要です。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医院名  
電話番号

医師名

印